

84.

Lane Medical Lib

Geschwülste des ligamentum latum.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doctorwürde

der hohen medicinischen Facultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Wilhelm Schow

approb. Arzt

aus Krempe.



KIEL.

Druck von P. Peters.

1899.

Geschwülste des ligamentum latum.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doctorwürde

der hohen medicinischen Facultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Wilhelm Schow

approb. Arzt

aus Krempe.



KIEL.

Druck von P. Peters.

1899.

No. 3.

Rektoratsjahr 1899/1900.

Referent: Dr. Heller.

Druck genehmigt:

Dr. Völekers, z. Zt. Dekan.

Seiner lieben Mutter

in Dankbarkeit.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Noch vor einigen Jahrzehnten wurde die Möglichkeit der Entstehung primärer Geschwülste im *ligamentum latum* allgemein fast gänzlich geleugnet. Alle Geschwülste, welche bis dahin bei Laparotomien oder Sektionen an diesem Orte zur Beobachtung gekommen waren, erklärte man, wenn man sie nicht für sekundär, also auf metastatischem Wege dorthin verschleppte halten konnte, als vom Uterus, Ovarium oder anderen benachbarten Organen ausgegangen. Selbst für solche, wo ein Zusammenhang mit einem der Nachbarorgane absolut nicht mehr nachzuweisen war, liess man diese Ansicht gelten; man dachte sich die Genese der Geschwulst in einem solchen Falle etwa folgendermassen: Eine beispielsweise vom Uterus ausgehende Geschwulst schiebt sich zwischen die beiden Blätter des *ligamentum latum*, entfernt sich im Laufe ihrer Entwicklung allmählich mehr und mehr vom Uterus. Durch das Gewicht und den Zug der immer grösser werdenden Geschwulst wird die ursprünglich vielleicht ziemlich breite Verbindung mit dem Uterus mehr und mehr gedehnt, gerzt und ausgezogen, so dass schliesslich nur noch ein ganz dünner Stiel die Verbindung zwischen Geschwulst und Mutterboden herstellt. Bei dem Versuch, in einem solchen Falle den Nachweis eines Zusammenhangs zwischen Geschwulst und einem Nachbarorgan zu führen, ist es sehr wohl zu verstehen, dass ein solcher Zusammenhang dem Auge des Untersuchenden entgeht, zumal wenn, was leicht geschehen kann, die bestehende Verbindung zerrissen wird. Hierzu kommt noch, dass sicherlich häufig der gesuchte Zusammenhang durch sekundäre Verklebungen und Verwachsungen zwischen Geschwulst und Umgebung, wie sie zweifellos nicht selten vorkommen, vorgetäuscht wurde.

Eine Begründung, warum man sich scheute, das der Geschwulst nächstliegende Gewebe als ihren Mutterboden anzusehen,

ist in der einschlägigen Litteratur von mir nicht gefunden worden, würde auch wohl schwerlich aufzustellen sein. „Immerfort nur begegnet man“, wie Säger¹⁾ schreibt, „der Erklärung von uteriner Entstehung und intraligamentöser Entwicklung dieser Geschwülste bei ausgezogenem, durchrissenem, eben nicht mehr auffindbarem Stiele.“

Man muss wohl jedenfalls annehmen, dass man das ligamentum latum nach seiner histologischen Zusammensetzung für nicht geeignet als Mutterboden irgend welcher Geschwülste hielt. So galt z. B. die Entstehung von Myomen im ligamentum latum aus dem einfachen Grunde für unmöglich, weil die Vorbedingung hierzu, das Vorkommen von Muskelfasern im ligamentum latum allgemein in Abrede gestellt wurde. Aus dem gleichen Grunde, dem Fehlen der histologischen Elemente, wird wohl auch das Vorkommen anderer Geschwülste an dieser Stelle für ausgeschlossen gegolten haben.

Im Laufe der Zeit sind nun die Kenntnisse über die histologische Zusammensetzung des ligamentum latum teils bereichert, teils geklärt und richtig gestellt. Auch haben inzwischen zahlreiche Beobachtungen und Veröffentlichungen von primären Geschwülsten im ligamentum latum dazu beigetragen, dass die Anschauungen der Forscher über den Ursprung und die Entstehung der Geschwülste im ligamentum latum sich wesentlich geändert haben, so das heutzutage jedenfalls die grosse Mehrzahl der Autoritäten auf diesem Gebiete das selbständige Entstehen von Geschwülsten im ligamentum latum mehr oder weniger vorbehaltlos einräumt.

Im folgenden werde ich nunmehr die Ansichten der einzelnen Autoren, welche sich mit dieser Frage beschäftigt haben, anführen.

Klob²⁾ schreibt: „Es ist sehr die Frage, ob sich Fibroide in den breiten Mutterbändern selbständig entwickeln können. Ich halte bis jetzt alle diese Fälle für zwischen die Blätter der Peritonealduplicatur eingetretene Uterusfibroide. In einzelnen Fällen finden sich Lipome als subseröse Geschwülste. Knochenneubildungen kommen an den Mutterbändern nicht vor.“

¹⁾ Säger, Archiv für Gynaekologie. Band XVI. pg. 270.

²⁾ Klob, Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane. Wien 1864. pg 389.

Kiwisch³⁾ schreibt: „Die fibrösen Geschwülste der breiten Mutterbänder kommen als primäre Bildung nur sehr selten und nur von geringem Umfange vor. So oft es uns vergönnt war, angeblich grosse Fibroide der breiten Mutterbänder sorgfältiger zu untersuchen, so waren dieselben immer ursprünglich vom Seitenteile der Gebärmutter ausgegangen und nachträglich erst zwischen die Blätter der Bänder getreten, bis sie sich endlich von der Gebärmutter so weit abschnürten, dass sie mit derselben nur durch einen verhältnismässig dünnen Stiel in Verbindung blieben. Derartige Fibroide des breiten Mutterbandes beobachteten wir von der Grösse einer bis zweier Fäuste und sie haben ganz dieselbe Bedeutung, wie die in die Bauchhöhle ragenden subperitonealen Uterusfibroide.“

Scanzoni⁴⁾ schreibt: „Kleine erbsen- und kirschengrosse fibroide Knoten kommen an den verschiedenen den Uterus umgebenden Bauchfellduplicaturen nicht so gar selten vor, und es ist nicht unwahrscheinlich, dass ihrer Bildung gewöhnlich kleinere Blutextravasate zu Grunde liegen. Die grösseren an diesen Stellen vorgefundenen fibrösen Geschwülste gehen stets vom Seitenteile der Gebärmutter aus und treten erst später zwischen die Blätter der Bänder. Wir haben solche Fibroide gesehen, welche entweder mit breiter Basis auf der Seitenwand der Gebärmutter aufsassen, oder einen nur sehr dünnen, sich in das Gewebe des Uterus einsenkenden Stiel besaßen. Sind diese letzteren nicht sehr voluminös, so dass sie durch Funktionsstörungen der benachbarten Organe Beschwerden hervorrufen, so sind sie weiter von keiner klinischen Bedeutung, während sich die mit breiter Basis auf der Gebärmutter aufsitzenden und zwischen die Platten des Peritoneums hineinragenden Geschwülste in ihren Erscheinungen von den subperitonealen Uterusfibroiden nicht unterscheiden.“

Wie man aus dem Vorhergehenden sieht, leugnete Scanzoni damals — im Jahre 1875 — das primäre Vorkommen jedenfalls grösserer Geschwülste. Nicht lange darauf hat auch er diesen Standpunkt verlassen, wie aus der wenige Jahre nach-

³⁾ Kiwisch, Krankheiten des weiblichen Geschlechts. Prag 1852. Bd. II. pg. 232.

⁴⁾ Scanzoni, Krankheiten der weiblichen Sexualorgane. 3. Aufl. 1875. pg. 497.

her erfolgten Veröffentlichung eines über gänseeigrossen Fibromyoms des rechten ligamentum latum hervorgeht. Übrigens komme ich später noch ausführlicher auf diesen Fall zurück.

Auch Virchow ⁵⁾ führte früher die Mehrzahl der im ligamentum latum beobachteten Geschwülste ihrer Entstehung nach auf den Uterus oder ein anderes benachbartes Organ zurück, indem er sagte: „Bei den Myomen der Ligamente des Uterus ist wohl der grösste Teil der angeführten Fälle auf dislocirte, intraligamentös gewordene, jedoch ursprünglich subseröse oder intraparietale Myome zu beziehen. Indess kommen doch Fälle vor, wo die Geschwülste so weit vom Uterus entfernt sind, dass man sie in keine Beziehung zu ihnen bringen kann. In einem Falle fand ich ein bohnergrosses Fibromyom von sehr charakteristischem Bau dicht über dem ligamentum ovarii weit vom Uterus und vom Eierstock entfernt. Doch liegt die Möglichkeit vor, dass dasselbe ein myomatös erkrankter, zur Fötalzeit abgenutzter Teil eines Eierstocks vorgestellt habe. Indess lassen sich nicht alle Fälle so erklären, da es auch an Stellen, die von den Eierstöcken und dem ligamentum ovarii hinreichend entfernt sind, zuweilen, wenn gleich meist kleinere Geschwülste giebt.“

Winkel ⁶⁾ schreibt: „Die Zahl der in den breiten Mutterbändern vorkommenden Neubildungen ist eine beträchtliche. Manche derselben sind wie die Myome nicht immer primär in ihnen entstanden, sondern von der Uteruswand zwischen sie hineingewachsen; doch kommen sie auch primär vor. Ausserdem finden sich Bindegewebsgeschwülste mit sehr weicher Consistenz, Lipome und Sarcome.“

Ohrt ⁷⁾ sagt: „Primäre Geschwülste sind selten; die Fibromyome der Mutterbänder sind meistens losgelöste subseröse des Uterus, doch kommen sie auch selbständig vor, ausserdem wurden primäre Sarkome, Lipome, sehr selten Desmoide beobachtet.“

Schröder ⁸⁾ schreibt: „In manchen Fällen handelt es sich

⁵⁾ Virchow, Vorlesungen über Pathologie 4. 1. Geschwülste 3. 1. 1867. pg. 221.

⁶⁾ Winkel, Lehrbuch der Frauenkrankheiten.

⁷⁾ Orth, Pathologisch-anatomische Diagnostik. 5. Aufl. 1894. pg. 454.

⁸⁾ Schröder, Handbuch d. Krankheiten d. weibl Geschlechtsorgane. 11. Aufl. 1893. pg. 556.

bei derartigen Geschwülsten der breiten Mutterbänder wohl um ursprünglich uterine Geschwülste, die zwischen die Platten des ligamentum latum hineingewuchert sind und sich mit ihrem Stiel vom Uterus getrennt haben. Es kommen aber auch Myome als ursprüngliche Geschwülste der Mutterbänder vor. Es können auch Bindegewebsgeschwülste von sehr weicher Consistenz, die mit Flüssigkeit durchtränkt sind, im Beckenbindegewebe entstehen und sich hier subserös entwickeln.“

Ziegler ⁹⁾ schreibt: „Primäre Binde substanzgeschwülste kommen in seltenen Fällen im breiten Mutterbände vor. Häufiger wachsen subseröse, gestielte Fibroide des Uterus zwischen die breiten Mutterbänder. Geschwülste der Ovarien können unter Umständen ebenfalls sich zum Teil intraligamentär ausbreiten.“

Durch einen Fall, der im hiesigen pathologischen Institute zur Beobachtung kam und mir durch die Güte des Herrn Geheimrat Heller zur Veröffentlichung übergeben wurde, habe ich die Anregung dazu erhalten, eine Zusammenstellung der verschiedenen Geschwülste zu machen, welche bisher im ligamentum latum beobachtet und zur Veröffentlichung gelangt sind. Ich bin dabei in der Weise verfahren, dass ich von den zum Teil recht zahlreichen gleichartigen Beobachtungen immer nur eine ausführlicher behandelt, die übrigen nur kurz angeführt habe. Bei der Auswahl der ausführlicher zu behandelnden Fälle war bei mir das Bestreben massgebend, womöglich solche zu wählen, aus deren Darstellung der Ursprung der jeweiligen Geschwulst gerade vom ligamentum latum aus besonders klar und unzweifelhaft hervorgeht. Zum Schluss werde ich dann den hier beobachteten Fall anschliessen.

Bilfinger ¹⁰⁾ veröffentlicht ein Fibromyom des rechten ligamentum latum, das als zufälliger Befund bei der Sektion einer 58 Jahre alten Frau, welche an einer Hämorrhagie der Gehirnarterien gestorben war, beobachtet wurde. Während des Lebens verursachte der Tumor keine Beschwerden und wurde daher nicht konstatiert. Der Befund war folgender: „Das liga-

⁹⁾ Ziegler, Lehrbuch der Patholog. Anatomie. pg. 1217.

¹⁰⁾ Bilfinger, Dissertation, Würzburg 1877. pg. 15 ff.

mentum latum ist auf seiner ganzen Oberfläche glatt, glänzend, zeigt keine Erhebungen, dasselbe ist in keiner Partie verdickt oder mit Auflagerungen und Adhäsionen versehen, es erscheint ziemlich schlaff im kleinen Becken hängend. Die Farbe bietet nichts Besonderes. Auf der Kante grenzt sich der Eileiter als derber, deutlich fühlbarer Strang ab. Die Ovarien sind klein, atrofisch, sie tragen auf ihrer Oberfläche die bei alten Individuen gewöhnlich vorhandenen Einkerbungen und Furchungen, dieselben hängen am ligamentum ovarii lose herunter. Die Parovarien sind beiderseits deutlich vorhanden. Von der vorderen oberen Fläche des rechten ligamentum latum, ca. 1,5 cm vom rechten ovarium entfernt, entspringt ein 2 cm breiter derber Strang, an dessen Ende nach einem 3 cm langen Verlaufe ein gänseeigrosser, runder, solider Tumor wie ein Apfel an seinem Stiele hängt. Der Strang selbst fühlt sich derb an, hat eine glatte glänzende Oberfläche, die einzelne ektatische Gefässe trägt. Beim Durchgleiten des Stranges durch die Finger fühlt man wenige harte kleinere Stränge in demselben verlaufen. Der Strang lässt sich von allen Seiten mit dem Finger umgreifen. Der Tumor lässt sich an dem Strang aus dem kleinen Becken emporheben und ist somit von allen Seiten sichtbar und kann nach jeder Richtung gedreht und bewegt werden. Der Strang, der aus der ausgezogenen Serosa der Mutterbänder besteht, geht nach 3 cm langem Verlauf in dem Tumor auf. Der Tumor ist von der Grösse einer starken Mannsfaust und von ovoider Form. Die Oberfläche ist glatt glänzend, zeigt leichte buckelförmige Hervortreibungen, die dem Ganzen an einzelnen Stellen ein leicht höckeriges Aussehen verleihen, über die Oberfläche schlängeln sich mehrere ektatische Gefässe hin. Der Tumor fühlt sich im Ganzen derb elastisch an, an einzelnen Stellen jedoch weichtelig, und bleiben daselbst Fingereindrücke bestehen. Derselbe schneidet sich derb, das Messer beschlägt sich beim Durchschneiden leicht mit Fett, von der Schnittfläche, die sich beim Darüberstreichen rauh anfühlt, sickert eine hellgelb seröse, leicht mit Blut untermischte Flüssigkeit herab. Versucht man mit der Schärfe des Messers die Schnittfläche zu zerfasern, so gelingt dies nicht, nur an einzelnen an der Peripherie des Tumors ge-

legenden Stellen, wo schon aussen die teigige Consistenz zu fühlen war, lassen sich Gewebspartikel leicht loslösen. Ebendasselbst sitzen 2—3 kleine Cysten von unregelmässiger Form, Cysten, in welchen sich ein gelber colloider Inhalt befindet. Das diese kleinen Cysten umgebende Gewebe ist derb und grenzt dadurch die Cysten genau ab. Das nächste dem Tumor angrenzende Organ ist der Uterus. Bei der Eröffnung der Bauchhöhle lehnt sich der Tumor an die rechte Flanke des Uterus an und drängt damit denselben leicht nach links ab, wobei jedoch der Tumor bei dem langen Stiel sofort ohne Zerrung sich in ein anderes Lageverhältnis bringen lässt. Der Uterus ist ziemlich gross und fühlt sich derb an. Der Peritonealüberzug ist glatt glänzend, zeigt nirgends Auflagerungen und Verwachsungen mit den Nachbarorganen. Der Uterus zeigt die gewöhnliche Figur, derselbe ist weder in den einzelnen Partien, noch in toto vergrössert, so dass wir also ein vollständig normales Organ vor uns haben. Das Gewebe des Uterus schneidet sich derb, die Schnittfläche ist glatt, von fleischroter Farbe. Im Cavum uteri findet sich von der Schleimhaut herabhängend ein mandelgrosser weiter Schleimpolyp. Das mikroskopische Bild, welches die von dem Tumor und dem Stiel abgenommenen Schnitte zeigen, bietet wenig Auffallendes. In dem sehr deutlich ausgeprägten bindegewebigen Stroma liegen bald spärliche, bald massenhafte Spindelzellen neben weniger reichlich vorhandenen Rundzellen. Daneben erkennt man die in allen möglichen Schnittrichtungen getroffenen Bündel und Züge von glatten Muskelfasern, die jedoch in dem Verhältnisse zu dem Bindegewebe, welches die Hauptmasse ausmacht, nur in geringerer Menge vorhanden sind.

Ausser dem soeben ausführlicher behandelten Fall sind noch die nachstehend aufgeführten Fälle von Fibro- und Cystomyomen zur Beobachtung und Veröffentlichung gekommen:

Ein Cystomyoma teleangiectodes cavernosum lig. lat. dextri, das in der chirurgischen Klinik zu Kiel bei einer 41 Jahre alten an einer chronischen Peritonitis gestorbenen Frau beobachtet und von Schetelig¹¹⁾ veröffentlicht wurde.

11) Schetelig, Archiv für Gynaekologie. Bd. I. pg. 425.

Miculicz¹²⁾ entfernte bei einem 22jährigen jungen Mädchen ein 5 kg schweres Fibromyom des lig. lat. dextrum durch die Operation.

Gayet¹³⁾ berichtet über ein Cystomyoma lig. lat. sinistri bei einer 42jährigen Frau; dieselbe starb an den Folgen der Operation.

Sänger¹⁴⁾ beschreibt ein Fibromyoma hydropicum lig. lat. sinistri, welches bei einer 19jährigen Frau operativ entfernt wurde.

Buschmann¹⁵⁾ schreibt über ein retroperitoneales Fibromyom von 18 kg. Gewicht, beobachtet bei einer 28jährigen Frau, die am 5. Tage nach der Operation an Peritonitis starb.

Endlich wird noch je ein Fall von Fibromyoma lig. lat. dextri von Rydygier¹⁶⁾, Schröder¹⁷⁾ und Hecker¹⁸⁾ beschrieben.

Middelschulte¹⁹⁾ beschreibt ein Lipom des ligamentum latum dextrum, welches in der gynäkologischen Klinik zu Greifswald bei einer 64 Jahre alten Frau durch die Laparotomie entfernt wurde. Der exstirpierte Tumor wird folgendermassen beschrieben: „Das Gesamtgewicht beträgt ungefähr 15 kg, der Umfang in der Breite 88 cm, in der Länge 90 cm. Der bläuliche, circa $\frac{1}{2}$ mm dicke seröse Ueberzug umgibt die ganze Oberfläche der Fettmasse, nur an dem unterhalb des Schnittes liegenden Teile ist die Geschwulst frei vom Peritoneum, ebenso auf der rechten Seite ungefähr auf 15 cm Länge. Auf der vorderen Fläche zieht sich ein etwa $\frac{1}{4}$ cm breiter, etwas verdickter Strang hin, der genau von unten links nach oben rechts verläuft und eine Länge von 18 cm hat. Dies ist die in die Länge gezogene rechte Tube; die Fimbrien, sowie das ostium abdominale sind deutlich erkennbar, sie selbst kann man 10 cm lang mit einer Schweinsborste leicht sondiren. Eine Mesosal-

¹²⁾ Miculicz, Wiener medic. Wochenschrift 1879 Nr. 51.

¹³⁾ Gayet, Lyon. médical. 1874 Nr. 9.

¹⁴⁾ Sänger, Archiv für Gynaekologie. Bd. XVI. pg. 270.

¹⁵⁾ Buschmann, Wiener medic. Wochenschrift 1880 Nr. 28.

¹⁶⁾ Rydygier, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. XV.

¹⁷⁾ Schröder, Berliner klinische Wochenschrift 1881. VIII.

¹⁸⁾ Hecker, Klinik der Geburtskunde II. pg. 129.

¹⁹⁾ Middelschulte, Dissertation Greifswald 1884 pg. 21.

pinx existirt nicht, vielmehr liegt die Tube vollständig im serösen Ueberzug der Geschwulst. Links unten ist sie abgeschnitten und mit blossen Auge kann man deutlich ihr Lumen erkennen. Unmittelbar an der Tube verläuft ein glatter Strang, das ligamentum ovarii. Das rechte ovarium ist nicht aufzufinden. Etwas unterhalb der Tube lässt sich ein rundliches Band etwa 18 cm lang verfolgen, dasselbe verläuft ziemlich quer über den Tumor und verliert sich bald auf demselben. Dieser Strang enthält mikroskopisch betrachtet zahlreiche Muskelfasern, ist also unzweifelhaft das ligamentum rotundum. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Geschwulstmasse zeigen sich uns massenhafte Fettzellen durch spärliches Bindegewebe getrennt. Im oberen Teile des Tumors, der dementsprechend auch von härterer Consistenz ist, wird das Bindegewebe reichlicher.

Kaul²⁰⁾ veröffentlicht einen Fall von Chondrosarkom des ligamentum latum dextrum, das bei einer 72jährigen Frau beobachtet wurde; er beschreibt den Tumor folgendermassen: „Der Tumor ist im Zusammenhang mit sämtlichen Genitalien und dem von der linken Uteruswand ausgehenden Myom herausgenommen worden. Das Gewicht beträgt 8800 g. Der Uterus ist klein und atrofisch, das von ihm ausgehende Myom ist über mannsfaustgross, knochenhart und zeigt auf der Sägefläche vollständige Verkalkung mit Ausnahme der Partie, welche dem Uterus anliegt. Die beiden Ovarien sind nicht verändert, die Tuben sind frei beweglich. Der Tumor selbst geht vom rechten breiten Mutterbande aus, er zeigt eine unregelmässig länglich ovale Gestalt. Seine grösste Länge beträgt 31 cm, die grösste Breite 16 cm, die grösste Circumferenz 71, die kleinste 50 cm. Diese Masse sind aber intra vitam jedenfalls etwas grösser gewesen, da sie erst genommen wurden, als das Präparat bereits längere Zeit im Spiritus gelegen hatte und infolgedessen etwas geschrumpft war. Der Tumor zeigt einen lappigen knotigen Bau. Die einzelnen Lappen sind durch tiefe Furchen von einander getrennt. Man kann die ganze Geschwulstmasse in 4 Teile gliedern. Den mittelsten und grössten, nicht ganz mannskopfgrossen Teil kann

²⁰⁾ Kaul, Dissertation München 1796 pg 13.

man als Hauptlappen bezeichnen, von dem die drei anderen nach rechts, nach oben und nach unten entspringen. Er zeigt eine ziemlich harte Consistenz und lässt zahlreiche kleine, sehr harte, scharfrandige Körner durchtasten. Der nach rechts zu abgehende Teil entspringt an dem Hauptlappen mit einem Stiel von 4 bis 5 cm Durchmesser und ist von etwas weicherer Consistenz als dieser. Der untere Lappen sitzt breit auf und unterscheidet sich von dem Hauptteil in keinerlei Weise. Zwischen ihm und dem vorigen Lappen befinden sich 2 etwa hühnereigrosse Knoten von sehr weicher Consistenz, in denen man aber auch kleinere knorpelharte Partien durchfühlen kann. Die am oberen Pol des Haupttumors entspringende Geschwulstmasse sitzt demselben breit auf und verhält sich im allgemeinen wie jener. Er ist durch 2 tiefe Schnitte gespalten worden. Ausserdem finden sich an vielen Stellen des Tumors, besonders aber in den Furchen zwischen dem mittleren, rechten und unteren Lappen zahlreiche kleine Knötchen in der Grösse eines Hirsekorns bis zu der einer Kirsche. Dieselben sitzen teils vereinzelt auf, teils zu Gruppen vereinigt und zeigen dasselbe Verhalten wie die Hauptmasse der Geschwulst. Diesen Knötchen ähnlich verhalten sich auch die Metastasen des Peritoneums, die demselben teils zerstreut, teils zu hühnereigrossen Tumoren vereinigt aufsitzen. Die Schnittflächen bieten zweierlei Bilder, je nachdem sie härtere oder weichere Stellen treffen. Ein Durchschnitt durch eine härtere Partie zeigt zahlreiche kleine durchschnittene Knorpelkörner von der Grösse eines Hirsekorns bis zu der einer Linse. Dieselben liegen dicht aneinander und sind nur durch wenig Zwischengewebe getrennt. Sie haben manchmal in der Mitte einen mit blossen Auge erkennbaren Hohlraum, der jedenfalls durch einen Erweichungsprocess bedingt ist. Die Schnittfläche an einer weichen Stelle verhält sich anders. Die Randpartieen haben einen nahezu faserigen Bau, während die Mitte von groben Faserzügen gebildet wird und infolge von centraler Erweichung von verschiedenen Hohlräumen durchsetzt einen schwammigen Charakter darbietet.

Die mikroskopische Untersuchung bestätigt vollständig die makroskopische Diagnose. Man sieht zahlreiche Knorpelherde, die meist mit einer Bindegewebszone, die dem Perichondrium

entspricht, umgeben sind. Die Grundsubstanz ist hyalin, in derselben finden sich bald mehr, bald weniger Knorpelhölen. Manchmal sind dieselben sehr spärlich. In den Knorpelhölen liegt meist nur eine Zelle, selten zwei oder mehr. Letzteres findet man nur an den Randpartien der einzelnen Herde. Das Knorpelgewebe entspricht im allgemeinen dem grosszelligen Knorpel. In vielen Herden sieht man beginnende schleimige Degeneration mit Nekrose der Knorpelzellen. Dieselben sind blass, geschrumpft, zum Teil vollständig zerfallen. Bisweilen sieht man noch an den Randpartien am Perichondrium normale Zellen, während in der Mitte eine grosse Höle sich findet, die zum Teil mit Zerfallsprodukten ausgefüllt ist. Diese Holräume entsprechen den schon makroskopisch beobachteten Hölen in einzelnen Knoten. Es sind nur wenige Herde zu finden, in denen nicht eine beginnende Degeneration nachzuweisen wäre. An zahlreichen Stellen nimmt das Bindegewebe zu, es nimmt vielfach die Gestalt jugendlichen Bindegewebes an. Man sieht zahlreiche epitheloide Zellen mit den charakteristischen bläschenförmigen Kernen. In diese Zellhaufen findet man vielfach Riesenzellen eingestreut, ausserdem sieht man an solchen Stellen zahlreiche Gefässe.“

Peritz ²¹⁾ berichtet über einen Fall von primärem Carcinom des ligamentum latum bei einer 74jährigen Frau folgendes: „Befund bei der Sektion: Im Mastdarm ist breiiger Kot, die Schleimhaut wenig injicirt. Blase sehr klein, Schleimhaut blass. Die Vagina ist weit und zeigt viele Falten. Der Muttermund ist wenig gekerbt, der Uterus atrofisch, aber sonst normal und frei beweglich; in der Substanz zeigen sich keine Knötchen. Das Cavum uteri ist eng, linke Tube und linkes Ovarium sind gehörig. Die rechte Tube ist stark erweitert und mehrfach um die Achse gedreht, am Ende ist sie über daumendick. Das rechte Ovarium, ebenfalls etwas gedreht, sitzt ziemlich nahe dem Uterus. Das rechte Tubenende sitzt einem fast faustgrossen, ziemlich weichen Tumor auf, welches auf der Schnittfläche von grauroter Farbe und an einzelnen Stellen schon etwas zerfallen ist. Dieser Tumor, welcher mit dem Peritoneum innig verbunden ist, zeigt

²¹⁾ Peritz, Dissertation München 1892 pg. 9.

sich vollkommen isolirt und geht nirgends auf die benachbarten Beckenorgane über, so dass er als selbständig im ligamentum latum entstanden imponiren muss. Nach unten und hinten von demselben befindet sich eine gänseeigrosse Dermoidecyste, wahrscheinlich das Parovarium. Sofort hergestellte Zupfpräparate von den verschiedenen Partien der Geschwulst ergaben: Pflaster-epithelien in reichlicher Menge und wenig Bindegewebe. Von einzelnen Stücken die in Alkohol gehärtet und in Paraffin eingebettet waren, wurden Schnitte angefertigt und mit Bismarkbraun gefärbt. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigt sich als Grundsubstanz der Geschwulst ein mässig entwickeltes maschiges, weiches Bindegewebe. Die Spalträume werden von kernreichen platten Epithelien ausgefüllt, die an einzelnen Stellen in besonders dichten Haufen zusammengedrängt sind. Cylindrische Zellen finden sich nirgends. Gefässbildung zeigt sich nur in mässigem Grade.

Dieser Befund bestätigt also die schon makroskopisch gestellte Diagnose auf Carcinom. Die Geschwulst im ligamentum latum muss als die primäre angesehen werden, weil sie am stärksten entwickelt ist und bereits beginnenden Zerfall zeigt, was bei den Tumoren der Brustorgane nicht der Fall ist. Die letzteren müssen daher als Metastasen aufgefasst werden.“

Ich erwähne noch kurz einen zur Veröffentlichung gelangten Fall von Fibrosarkoma lig. lat. dextri von 8 kg Gewicht, welches von Schmidt²²⁾ bei einer 35 jährigen Frau beobachtet wurde; die Geschwulst wurde operativ entfernt.

Ferner berichtet noch Chémieux²³⁾ nach Sängers über ein Cystosarkoma lig. lat. sinistri von 6 kg Gewicht bei einer 32 Jahre alten Frau: dieselbe starb am 13. Tage nach der Operation an Peritonitis.

*

*

*

In meinem Falle handelt es sich um eine 59 Jahre alte Frau, welche am 2. I. 98 in die hiesige Frauenklinik aufgenommen wurde und am folgenden Tage starb.

²²⁾ Schmidt, Prager Medicinische Wochenschrift. 1878. Nr. 35.

²³⁾ Chémieux nach Sängers, Archiv f. Gynäkologie Band XVI. pg. 283.

Anamnese: Vor 4 Jahren schon wurde bei der Patientin ein „Fleischgewächs“ konstatiert und ihr geraten, bei eintretenden Beschwerden sich wieder an den Arzt zu wenden. Seit einem $1\frac{1}{2}$ Jahre schnelle Zunahme des Leibesumfangs bemerkt, schmerzlos, doch mit stark angehaltenem Stuhlgang, 3 — 4 Tage; 8 Tage vor Weihnachten 8 Tage lang bis zum 28. XII. fast tägliches Erbrechen. Vorgestern nach einem Klystier Stuhlgang. Seit 8 Tagen hat Patientin fast keine Nahrung genommen. Etwa seit 23. XII. schnell zunehmende Schwäche und Abmagerung. Letzte 3 Wochen wegen starker Stuhlgangbeschwerden, zumal Leibschmerzen, bettlägerig. Stuhlgang und Abgang von Blähungen nur nach Klystiren, dabei öfters Erbrechen. Der Leib sonst stärker aufgetrieben wie zur Zeit. Keine freie Flüssigkeit in der Bauchhöhle nachweisbar. Urin spec. Gew. 1010, reagiert sauer, ist mässig getrübt; Menge 2340; im Urin zahlreiche granulierte Cylinder und Nierenepithelien; Indikanreaktion positiv, Acetonreaktion negativ; schwache Eiweisstrübung, kein Zucker. Portio weit nach hinten, flach; Uterus nicht deutlich zu fühlen; vorne dicht hinter der vorderen Beckenwand ragt ein kleines knolliges Segment eines grossen, den Nabel überragenden Tumors ins Becken hinein. Tumor im oberen Teile deutlich fluktuierend. Grösster Leibesumfang 90. Temperatur schwankte zwischen 37,5 — 38,5, Puls 102 und 116. — Am 3. I. nachmittags 5 Uhr Exitus im Coma; kurz vorher noch erfolgloses Wasserklystir. Wegen der überaus grossen Schwäche der Patientin wurde von einer Operation abgesehen.

Klinische Diagnose: Cystoma parovariorum dextri, Strangulatio intestini; Nephritis.

Sektion 18 h. p. m. Wesentlicher Befund: Axendrehung des Mesenterium; Verwachsung von Darmschlingen mit der vorderen Bauchwand und der Geschwulst; grosse Cystengeschwulst im linken lig. lat. mit Blutungen und Verwachsungen; Auszerrung der linken Tube, Ausbreitung der Fimbrien auf das Peritoneum und Douglas'schen Raum. Cyste des linken Ovarium; Residuen von Peritonitis im kleinen Becken; Blutungen in die Uterusschicht; Blutung in die Cysten der Geschwulst; schiefrige Färbung des Peritoneums; Ektasie vom unteren Speiseröhren-

drittel, Magen, Duodenum und Anfang des Jejunum; Kontraktion des übrigen Dünndarms; Verdauung des unteren Speiseröhrenabschnittes; Narben der Leber mit Cavernom; Milzschwellung; Schrumpfnieren mit fettiger Degeneration; Hydronefrose; umschriebene Miliartuberkulose und kleiner Käseherd im R. O. L.; Lungenemphysem; Hypostasen; frische Infiltrate des U. L.; geringe chronische Endarteriitis der Aorta; schiefrige Bronchialdrüsen mit kleinen grauen Knötchen; Verkalkung von Bronchialdrüsen; Eiterherd in der rechten Tonsille.

Der Befund in der Bauchhöhle war folgender: Peritoneum überall schiefrig pigmentirt. Der untere Teil der Höle wird von einem grossen Tumor eingenommen, dessen vordere Wand rostfarben ist. An der oberen Seite des Tumors, etwas nach rechts von der Mittellinie, ist eine Darmschlinge nahe dem Duodenum breit bindegewebig angeheftet; das gefaltete Mesenterium zieht bogenförmig ungefähr 10 cm lang schräg von links oben nach rechts unten, von der plica jejuno-duodenalis nach dem Tumor. Unter diesem Bogen tritt das Mesenterium durch; dasselbe ist von links nach rechts um eine Axe gedreht, die dazugehörigen Darmschlingen sind leer, die oberhalb gelegenen gebläht. Am Peritoneum sind rechts zwischen der vorderen unteren Bauchwand und dem ihr zugekehrten Teile der Geschwulst mehrere Darmschlingen breit angeheftet. Die Geschwulst, welche eine Länge von 27 und eine Breite von 14 cm hat, ist an der Oberfläche glatt mit Ausnahme einer ungefähr 11 cm breiten Partie, die etwas rechts von der Mitte sitzt und deren Oberfläche unregelmässig knollig ist. Die beiden Seiten fühlen sich prall gespannt, die Mitte wie aus weichem Gewebe bestehend an. Beim Durchschneiden ergiesst sich aus 2 grossen, an beiden Seiten gelegenen Holräumen, deren linker 12, rechter 7 cm Durchmesser hat, flüssiges Blut; ausserdem sind dieselben noch mit reichlichem geronnenen Blute gefüllt. Die Mitte wird eingenommen von einer bis zu 8 cm breiten Geschwulstmasse von weicher Consistenz und blassgelber Farbe, in der sich grössere und kleinere Blutungen befinden. Die Geschwulst ragt aus dem kleinen Becken, das vollkommen angefüllt ist, hervor. Sie sitzt zwischen den Blättern des ligamentum latum; bindegewebige schmalere

und breitere Stränge sind zwischen der Geschwulst und dem ausgezogenen ligamentum latum ausgespannt. Das linke Ovarium ist 4 cm vom Uterus entfernt, die linke Tube 10 cm lang. Das rechte Ovarium, an welchem sich eine grosse Cyste mit klarem Inhalt befindet, ist 8 cm vom Uterus entfernt; die rechte Tube lässt sich 13 cm weit als Holraum bis zur Geschwulst verfolgen; hier verliert sie sich in einen kleinen Wulst. In dem ligamentum latum zwischen Tube und Ovarium sind breitere grauweissliche Streifen sichtbar. Irgend ein Zusammenhang der Geschwulst mit dem Uterus, Ovarium oder einem andern Nachbarorgan lässt sich auch bei genauester und sorgfältigster Untersuchung nicht nachweisen.

Bei der mikroskopischen Untersuchung sieht man zahlreiche Spindelzellen mit grossem hellem und blassem Kerne, dazwischen eingestreut reichliche Rundzellen mit intensiv gefärbtem Kerne; einzelne Kerne sind weniger mit dem Farbstoff imprägnirt; der an einzelnen Stellen erkennbare helle Detritus, Zerfallsprodukte von Zellen darstellend, zeigt die hier bereits eingetretene Gewebnekrose an. Das sich unter dem Mikroskop darbietende Gesamtbild lässt es als zweifellos erscheinen, dass es sich im vorliegenden Falle um eine sarkomatöse Geschwulst handelt.

Dass es sich auch im vorliegenden Falle um eine primär in den breiten Mutterbändern entstandene Geschwulst handelt, kann wol nicht zweifelhaft sein. Würde die Geschwulst vom Uterus, Ovarium oder einem andern Nachbarorgan ausgegangen sein, so müsste einerseits irgend eine Verbindung der Geschwulst mit einem dieser Organe vorhanden sein, andererseits würde das den Ausgangspunkt für die Geschwulst bildende Organ Veränderungen irgend welcher Art, sei es Vergrösserung, Auswüchse, Hervortreibungen oder ähnliches, aufweisen. Eine genaue und sorgfältige Untersuchung hat, wie bereits oben erwähnt, ergeben, dass absolut kein Zusammenhang zwischen Geschwulst und Nachbarorganen nachzuweisen ist, andererseits zeigen auch sämtliche Nachbarorgane ein durchaus normales Verhalten. Schliesslich ist es noch nötig, auf die Möglichkeit der Entstehung der Geschwulst aus versprengten Nebennierenkeimen näher einzugehen, eine Möglichkeit, wie sie neuerdings von einigen Autoren ausser

von Virchow und Ziegler besonders auch von Rossa²⁴⁾ betont wird. Selbstverständlich ist es, dass, wie die Nebennieren selbst den Mutterboden für alle Arten von Geschwülsten bilden können, auch versprengte Nebennierenkeime den Ausgangspunkt für Geschwülste in den ligamenta lata darbieten können. Eine Annahme, dass es sich um eine auf diese Weise entstandene Geschwulst handelt, würde natürlich erst nach dem Nachweis von Nebennierenelementen in der Geschwulst Berechtigung haben. Da die Untersuchung auch hierfür keinen sicheren Beleg ergeben hat, muss die Frage über die Abstammung dieser Geschwulst offen bleiben, besonders auch, ob nicht doch sie von solchen accessorischen Nebennieren ihren Ausgang genommen hat. Dafür sprechen würde besonders auch die starke Neigung zur Blutung, welche bekanntlich den in der Niere aus accessorischen Nebennieren entstandenen Geschwülsten auch eigentümlich ist.

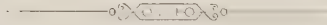
*

*

*

Zum Schluss erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Heller, für die gütige Überlassung der Arbeit und die freundliche Unterstützung bei Anfertigung derselben meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

*) Rossa, Archiv für Gynaekologie 56. 1898.



Lebenslauf.

Wilhelm Schow, ev.-luth. Religion, geboren am 11. Januar 1872 zu Krempe, Kreis Steinburg in Schleswig-Holstein, besuchte das Gymnasium zu Glückstadt und erwarb dort Ostern 1892 das Zeugnis der Reife. Er studirte in Göttingen und Kiel, machte an letzterer Universität das Tentamen physikum und im Wintersemester 1897/98 das medizinische Staatsexamen und das Examen rigorosum.

